

# DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL D'ACCIDENT DE TRAJET

(Articles L. 441-1 à L. 441-4 et articles R. 441-2, R. 441-3, R. 441-5 et R. 441-11 du Code de la sécurité sociale)  
L'EMPLOYEUR ENVOIE À LA CAISSE PRIMAIRE DE RÉSIDENCE HABITUELLE DE L'ASSURÉ(E) LES TROIS PREMIERS VOLETS DE LA DÉCLARATION PAR LETTRE RECOMMANDÉE  
A VEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION AU PLUS TARD 48 HEURES (non compris les dimanches et jours fériés) APRES AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'ACCIDENT ET CONSERVE © EI 5 F 9 A 9 "VOLET"

## L'EMPLOYEUR (établissement d'attache permanent de la victime) (se reporter à la notice)

Nom et prénom ou raison sociale de l'employeur \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ N° de Téléphone \_\_\_\_\_

N° SIRET de l'établissement d'attache \_\_\_\_\_ N° de risque Sécurité Sociale \_\_\_\_\_

**Nom du service de santé au travail**  
Adresse \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

## LA VICTIME (se reporter à la notice)

N° d'immatriculation \_\_\_\_\_ À défaut, sexe  F  M Date de naissance \_\_\_\_\_

Nom et prénom \_\_\_\_\_  
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Adresse \_\_\_\_\_ Nationalité  Française  EEE, Suisse  Autre

Code Postal \_\_\_\_\_

Date d'embauche \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_

Qualification professionnelle \_\_\_\_\_ Ancienneté dans le poste de travail \_\_\_\_\_

Contrat de travail : CDI  CDD  Apprenti/Elève  Intérimaire  Autre

## LES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT (se reporter à la notice)

Date \_\_\_\_\_ heure \_\_\_\_\_ H mn

Lieu de l'accident \_\_\_\_\_  
(Nom et adresse du lieu de l'accident ou Nom et adresse du chantier)

Précisions complémentaires sur le lieu de l'accident et/ou sur le temps \_\_\_\_\_ Numéro de SIRET du lieu de l'accident \_\_\_\_\_

lieu de travail habituel  au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail

lieu de travail occasionnel  au cours du trajet entre le travail et le lieu du repas

lieu du repas  au cours d'un déplacement pour l'employeur

(En cas de déclaration par une entreprise d'intérim, indiquer le SIRET de l'établissement utilisateur.)

Activité de la victime lors de l'accident \_\_\_\_\_

Nature de l'accident \_\_\_\_\_

Objet dont le contact a blessé la victime \_\_\_\_\_

Eventuelles réserves motivées (joignez, si besoin, une lettre d'accompagnement) \_\_\_\_\_

Siège des lésions \_\_\_\_\_

Nature des lésions \_\_\_\_\_

La victime a été transportée à : \_\_\_\_\_ L'accident a-t-il fait d'autre(s) victime(s) ? OUI  NON

Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de \_\_\_\_\_ H mn à \_\_\_\_\_ H mn et de \_\_\_\_\_ H mn à \_\_\_\_\_ H mn

Accident  constaté  connu le \_\_\_\_\_ heure \_\_\_\_\_ par l'employeur  par ses préposés  décrit par la victime

l'accident est inscrit au registre d'accidents du travail bénins, le \_\_\_\_\_ sous le N° \_\_\_\_\_

Conséquences : SANS ARRÊT DE TRAVAIL  AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (\*)  DÉCÈS

Un rapport de police a-t-il été établi ? NON  OUI  par qui ? \_\_\_\_\_

## LE TEMOIN ou LA PREMIERE PERSONNE AVISEE (cocher la case correspondante)

Le témoin  ou la 1ère personne avisée  (en cas d'absence de témoin)

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

## LE TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? OUI  NON

Si OUI, nom et adresse du tiers \_\_\_\_\_

Société d'assurance du tiers \_\_\_\_\_

Nom et prénom du signataire \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

(\*) : lo r qt w p v, si l'accident a entraîné un arrêt, remplissez immédiatement l'attestation de salaire S 6202.



# DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'ACCIDENT DE TRAJET

N° 50261#03

## NOTICE D'UTILISATION

Un(e) salarié(e) de votre entreprise vient d'être victime d'un accident du travail ou de trajet. A cette occasion, vous êtes soumis(e) à certaines obligations, notamment celle de déclarer cet accident à l'Assurance Maladie.

Remplissez très lisiblement le formulaire en vous aidant des précisions ci-dessous.

Envoyez, à la CAISSE PRIMAIRE DU LIEU DE RESIDENCE HABITUELLE de la victime les 3 premiers volets\* de ce formulaire, PAR LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE DE RECEPTION, AU PLUS TARD 48 HEURES (non compris les dimanche et jours fériés) après avoir eu connaissance de l'accident.

E

### IMPORTANT :

Dans le cas d'un accident avec ARRET DE TRAVAIL, merci d'établir l'ATTESTATION DE SALAIRE référencée S 6202 dans le meilleur délai afin de permettre à la caisse primaire de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

Si la victime est un salarié mis à disposition par une Entreprise de Travail Temporaire, en tant qu'entreprise utilisatrice de ce salarié, remplissez immédiatement le formulaire « INFORMATION PREALABLE A LA DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL » référencé S 6209.

Dans ce cas, c'est l'employeur (l'Entreprise de Travail Temporaire) qui déclarera l'accident à l'Assurance Maladie à l'aide du présent formulaire.

**Nous vous informons que vous avez également la possibilité d'établir cette déclaration par le biais de NET-ENTREPRISES. Elle sera alors télétransmise directement à la Caisse.**

**Dans le cas où l'entreprise a centralisé la gestion des AT**, le service de la déclaration d'accident du travail électronique permet de plus à l'entreprise d'indiquer une adresse de correspondance où tous les courriers doivent être envoyés. Si l'entreprise fait ce choix, plus aucun courrier ne sera adressé à l'établissement d'attache et les **courriers envoyés à l'adresse de correspondance seront opposables**. Pour accéder à ce service, l'entreprise est invitée à se connecter sur le portail Net-Entreprises pour déclarer ses sinistres au moyen de la déclaration électronique IDAT. Par la suite, une modification de cette adresse de correspondance pourra intervenir à tout moment selon des modalités décrites sur le site.

### L'EMPLOYEUR (établissement d'attache permanent de la victime)

Dans tous les cas, indiquez le SIRET de l'établissement d'attache, ainsi que les coordonnées du Service inter-entreprises de santé au travail (Médecine du travail) dont relève cet établissement d'attache, ou, le cas échéant, celles du service de santé intégré dans l'entreprise.

Dans le cas d'un accident survenu lors d'une mission d'intérim, indiquez le SIRET de l'agence où est inscrite la victime.

Dans tous les cas, indiquez le numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime.

### LA VICTIME

Indiquez le n° de sécurité sociale de la victime, ses nom et prénom, ses coordonnées personnelles (adresse et code postal, son n° de téléphone), sa date d'embauche et sa profession, sa qualification professionnelle et son ancienneté dans le poste.

- qualification professionnelle - précisez : cadre, technicien, agent de maîtrise, employé, apprenti, élève de l'enseignement technique, ouvrier non qualifié, ouvrier qualifié...
- ancienneté : précisez si la victime est à son poste depuis : moins d'une semaine, une semaine à moins d'un mois, un mois à moins de trois mois, trois mois à moins d'un an, un an et plus.
- contrat de travail : cochez la case correspondant au type de contrat de travail (durée déterminée ou indéterminée...)

### LES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

Précisez la date et l'heure de l'accident.

- lieu de l'accident :
  - ☞ dans les cas de déclaration par une entreprise d'intérim, indiquez le SIRET de l'établissement utilisateur de la victime ;
  - ☞ dans le cas où la victime d'un accident est salariée d'un groupement d'entreprise, indiquez le SIRET de l'établissement pour lequel travaillait la victime au moment de l'accident si celui-ci est différent de l'établissement d'attache ;
  - ☞ dans tous les cas, indiquez l'adresse du lieu de l'accident et le code postal.
- activité de la victime, nature de l'accident..... :
  - ☞ activité de la victime : précisez l'activité ou la tâche de la victime au moment de l'accident, c'est-à-dire ce que faisait la victime.
  - ☞ nature de l'accident : décrire l'évènement ayant conduit à l'accident, comment l'accident s'est produit (problème électrique, fuite de gaz, rupture de matériel, glissade, chute, effort physique, agression...), ou comment s'est blessée la victime (heurt, collision, écrasement, piqûre, noyade, contact avec une substance dangereuse...).
  - ☞ objet dont le contact a blessé la victime, c'est-à-dire avec quoi s'est blessée la victime : matériau, déchet, outil [tournevis, cutter, perceuse...], machine, véhicule, chariot de manutention, substance chimique, élément de construction [porte, mur,...], sol...
- réserves motivées :  
Indiquez le cas échéant, les réserves motivées qui ne pourront être prises en compte que si elles portent sur les circonstances de temps et de lieu de l'accident ou sur l'existence d'une cause totalement étrangère au travail (art. R. 441-11 du Code de la sécurité sociale).
- siège des lésions :  
Indiquez l'endroit du corps où la victime a été atteinte (tête, yeux, cou, épaules, tronc, membres supérieurs, mains, membres inférieurs, genoux, pieds, siège interne) en précisant s'il y a lieu droite ou gauche.
- horaire de travail de la victime le jour de l'accident :  
Indiquez les heures de travail effectuées par votre salarié(e), **ou les heures prévues**, le jour de l'accident.
- conséquences :  
Si la victime a arrêté son travail sur prescription d'un médecin, vous devez OBLIGATOIREMENT établir et envoyer le formulaire « attestation de salaire accident du travail ou maladie professionnelle » - référencé S6202, à la Caisse primaire du lieu de résidence habituelle de la victime.  
Par la suite, en cas de nouvel arrêt après une période de soins ou une reprise du travail, sur un mois différent, vous devrez également remplir cette même formalité.
- le témoin ou la 1<sup>ère</sup> personne avisée :  
Indiquez le nom, le prénom et l'adresse du témoin.  
En l'absence de témoin, indiquez la 1<sup>ère</sup> personne de l'entreprise qui a été avisée de l'accident.
- le tiers :  
Lorsque vous avez connaissance de l'implication d'un tiers, quelle que soit sa part de responsabilité, dans un accident du travail ou de trajet, cette mention doit impérativement être reportée dans cette partie.

*N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles.*

**Aux termes des articles L. 114-17-1, L. 471-1 et R.471-3 du Code de la sécurité sociale, sont punis d'une amende les employeurs qui ont négligé de procéder à la déclaration des accidents à la Caisse primaire dans les 48 heures ou de délivrer à la victime la feuille d'accident. En outre, la Caisse primaire peut demander le remboursement de la totalité des dépenses faites à l'occasion de l'accident et prononcer une pénalité financière.**

**Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).**

**La Loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.**

# feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle

(Art. L 441.5, R 441.8 et R.441.9 du Code de la sécurité sociale)

1/2

Lorsqu'un accident a eu lieu, la feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est remise à la victime par l'employeur qui établit parallèlement la déclaration d'accident du travail (réf. S 6200).

Cette feuille est remise à la victime par la caisse lorsqu'une maladie professionnelle est déclarée.

La feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est conservée par la victime. Elle doit être présentée systématiquement au praticien qui dispense les soins, ou le cas échéant à l'hôpital, ainsi qu'à l'auxiliaire médical(e), au pharmacien ou au fournisseur et au biologiste chaque fois qu'une ordonnance est exécutée. Ces derniers doivent remplir la page 2/2 afin d'attester la prestation des actes et l'exécution des ordonnances. La facturation des actes est portée sur les feuilles de soins et les bordereaux de facturation utilisés également pour les risques maladie et maternité.

La page 1/2 permet à la victime de bénéficier du tiers payant et de la gratuité des soins, dans la limite des tarifs conventionnels.

En cas de rechute ou si nécessaire, en cas de poursuite des soins, l'organisme d'assurance maladie délivre à la victime, sur sa demande, une nouvelle feuille.

## attestation d'accident ou de maladie autorisant le bénéfice du tiers payant

(à remplir obligatoirement par l'employeur lors de la délivrance)

### l'organisme gestionnaire de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle

#### ● identification

nom de l'organisme	
adresse	
code de l'organisme gestionnaire	

### la victime

#### ● identification

nom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux(se))	
prénom	date de naissance
adresse	
code postal	commune
numéro d'immatriculation	

### l'employeur

#### ● identification

nom et prénom ou raison sociale	
adresse	
code postal	commune
numéro SIRET de l'établissement d'attache permanent de la victime	
êtes-vous autorisé à gérer le risque AT/MP ?	
oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

### l'accident du travail ou la maladie professionnelle

#### ● accident du travail

date	
rechute du	

#### ● maladie professionnelle

date de la constatation médicale	
rechute du	

#### ● lésions

nature	
siège	

#### ● numéro AT/MP (à remplir par l'organisme gestionnaire en cas de renouvellement ou de rechute)

--

### demande de renouvellement

(à remplir par la victime, si la feuille est complètement remplie avant la fin des soins)

adresse	
code postal	commune

je demande le renouvellement de cette feuille d'accident 

date

signature

DIAD S6201c

